

Modulo di adesione individuale Platinum

Io sottoscritto/a (cognome)		(nome)		sesso	
				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
nato a		Provincia		il	
				_ / _ / _ _	
Residente a		C.A.P.		Provincia	
Via		Numero telefono		E-mail	
Codice fiscale		N.B.: la compilazione del presente riquadro è facoltativa			
		Data conseguimento qualifica _____			

DICHIARO di aderire ad HYGEIA Mutua Sanitaria Società di mutuo soccorso e, pertanto, **AUTORIZZO** il mio datore di lavoro ad operare trattenute sulla busta paga corrispondenti a:

- quota associativa “una tantum”, nella misura di € 10.33;
- contributi sociali annuali, nella misura di € 10.33 (per i quadri nella misura di € 18,33), versando tali somme ad HYGEIA Mutua Sanitaria Società di mutuo soccorso, secondo le modalità indicate dal Consiglio di Amministrazione.

DICHIARO di aver ricevuto Statuto e Regolamento di HYGEIA Mutua Sanitaria Società di mutuo soccorso.

MI IMPEGNO, inoltre, ad osservare tutte le disposizioni contenute nello Statuto e nel Regolamento di HYGEIA Mutua Sanitaria Società di mutuo soccorso.

DICHIARO, sotto la mia responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

Data ___/___/___

Firma _____

DATI RELATIVI AL DATORE DI LAVORO

Denominazione impresa		N° Partita IVA o Codice Fiscale									
Unità produttiva		Località				Provincia			C.A.P.		
Via	N°	Telefono				Fax					
Sede Legale (se diversa)		Indirizzo				Telefono			E-mail		
Settore di attività		CCNL applicato									
Data		Timbro e firma									

Scheda per l'estensione al nucleo familiare

Il/la sottoscritto/a _____, previo pagamento dei contributi associativi relativi,

CHIEDE

l'estensione ai propri familiari, in qualità di aventi diritto, delle garanzie di assistenza sanitaria integrativa contenute nel piano sanitario PLATINUM

A tal fine, sotto la propria responsabilità civile e penale, dichiara le generalità dei propri familiari:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela	Codice fiscale

Il Socio
